

**ПРОГРАММА ПО УХОДУ НА ДОМУ  
РЕГИСТРАЦИЯ УХАЖИВАЮЩЕГО РАБОТНИКА**

**ИНСТРУКТИВНЫЕ УКАЗАНИЯ:**

- Используйте только черные или синие чернила. Пишите разборчиво.
- Вы (клиент или ваш уполномоченный представитель) должны заполнить Раздел А этой формы чтобы известить округ Сакраменто о том кого вы выбрали для работы по уходу за вами.
- Если у вас несколько ухаживающих, для каждого из них вы должны заполнить отдельную форму.
- Вы должны поставить свою роспись в Разделе С этой формы.
- Пожалуйста, предоставьте эту заполненную и подписанную форму в отдел Округа. Оригинал этой формы будет храниться в Округе, а вы получите на руки копию формы.

**РАЗДЕЛ А. НАЗНАЧЕНИЕ РАБОТНИКА ПО УХОДУ**

1. Имя Клиента:	
2. Номер Дела Клиента:	
3. Имя Ухаживающего Работника:	
4. Адрес Ухаживающего Работника:	
Город, Штат, ZIP Код:	
5. Номер Телефона Работника:	
6. Дата Рождения Работника:	
7. Номер карточки Социального Страхования:	
8. Пол Работника (отметьте нужный квадрат):	<input type="checkbox"/> Мужской <input type="checkbox"/> Женский
9. Родственные отношения Ухаживающего к вам (отметьте нужный квадрат):	<input type="checkbox"/> Родитель <input type="checkbox"/> Ребенок <input type="checkbox"/> Супруг/Партнер <input type="checkbox"/> Опекун <input type="checkbox"/> Попечитель <input type="checkbox"/> Другой
10. Дата Начала Работы Ухаживающего:	

\*ПРИМЕЧАНИЕ: Информация о номере Социального Страхования требуется по закону Immigration Reform and Control Act of 1986, Public Law 99-603 (8 USC 1324 а) с целью удостоверения личности и проверки разрешения на работу в Соединенных Штатах.

Я нанимаю вышеупомянутого человека для работы по Уходу за мной. Этот человек будет предоставлять все или некоторое из услуг разрешенных мне Округом.

**РАЗДЕЛ В. СОГЛАШЕНИЕ КЛИЕНТА****Я ПОНИМАЮ И СОГЛАСЕН СО СЛЕДУЮЩИМ:**

- Я понимаю что избранный мною работник по уходу не может получать оплату из государственных фондов за работу по уходу до тех пор пока он/она не закончит процесс регистрации который включает в себя заполнение, подписание и возврат (лично) Формы Регистрации Работника По Уходу (SOC 426), прохождение криминальной проверки посредством снятия отпечатков пальцев, прохождение Инструктажа для начинающих, и задача подписанной формы Договор о Найме Работника по Уходу (SOC846).
- Округ уведомит меня в случае если выбранный мной для работы по уходу человек не выполнит требований процесса оформления, или он/она не имеет права быть работником в программе по Уходу.
- В случае когда мой новый ухаживающий начнет работать на меня до окончания процесса оформления и Округ пришлет мне извещение о том что этот человек не имеет права быть работником в программе по Уходу, я должен буду сам уплатить за проделанную работу до и после получения извещения.
- Ни округ ни государство не будет нести ответственности за любые претензии и/или убытки причиненные мне выбранным мной работником. Я согласен не привлекать к ответственности округ и штат, их должностных лиц, агентов и сотрудников, и взять на себя ответственность за любые и все претензии и/или убытки причиненные другим лицам человеком которого я выбираю быть моим ухаживающим.
- Округ может предоставлять информацию о разрешенных мне услугах и количестве часов человеку которого я выбрал моим ухаживающим. Округ вышлет моему ухаживающему информацию об этом в письме IHSS Provider Notice of Recipient Authorized Hours and Services (SOC 2271).
- Мои общие месячные часы будут разделены на 4 чтобы определить максимум моих недельных часов. Максимум недельных часов является ориентиром указывая на максимальное количество часов мой ухаживающий/ие может отрабатывать в рабочую неделю. Однако, так как большинство месяцев имеют немного больше чем 4 недели, я и мой ухаживающий разработаем график так чтобы в каждый день месяца я получал необходимые мне услуги.
- Если возникнет необходимость чтобы мой ухаживающий работал больше чем положенный мне максимум недельных часов, я должен запросить разрешение в округе сделать одноразовое исключение только в случае когда это заставит моего ухаживающего работать:
  1. Больше сверхурочных часов в месяц чем положено.
  2. Больше 40 часов в неделю если максимум моих недельных часов меньше 40 часов.
- Если мне не разрешат исключение, мой ухаживающий получит нарушение за отработку часов превышающих мой максимум недельных часов.

- Я никогда не могу разрешить моему ухаживающему работать больше моих утвержденных месячных часов. Поэтому, когда я буду просить моего ухаживающего работать больше часов в одну неделю, я обязую моего работника отработать меньше часов в другую неделю месяца.
- Если мой ухаживающий работает и на другого клиента, максимальное количество часов он/она может предъявить для оплаты в одну неделю за работу на всех клиентов вместе взятых является 66 часов. **Я обязан составить график часов работы для моего ухаживающего что бы убедиться что мой работник не будет превышать его/её лимит 66 часов в неделю.** Я получу извещение Recipient Notification of Maximum Weekly Hours (SOC 2271A) где будет указан разрешенный мне максимум часов в неделю с целью того чтобы мне составить почасовой график работы для моего ухаживающего. Чтобы составить такой график, мой ухаживающий обязан мне сообщить сколько часов он/она может отрабатывать на меня каждую неделю. Если мой ухаживающий не сможет отрабатывать все разрешение мне часы, то я должен буду нанять добавочного ухаживающего. **Если мне нужна помощь для найма нового ухаживающего, я могу обратиться за помощью в округ и в IHSS Public Authority для того чтобы получить список потенциальных ухаживающих.**
- Округ будет присылать мне извещение каждый раз когда мой ухаживающий получит нарушение. После третьего нарушения мой ухаживающий будет отстранен от работы по уходу на 3 месяца. Если ухаживающий получит еще одно нарушение будучи восстановленным на работе после трех месячного наказания, то он/она будет отстранен от работы по уходу на один год.

### РАЗДЕЛ С. ДЕКЛАРАЦИЯ ПОЛУЧАТЕЛЯ УСЛУГ

**Я понимаю и согласен исполнять все требования изложенные в этой форме.**

ПОДПИСЬ ПОЛУЧАТЕЛЯ УСЛУГ:

ДАТА:

ИМЯ ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ:

ПОДПИСЬ УПОЛНОМОЧЕННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ:

ДАТА:

ИМЯ ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ:

### FOR COUNTY USE ONLY

WORKER NAME

DATE:

**ЗАПРОС НА УДАЛЕНИЕ РАБОТНИКА ПО УХОДУ**

Имя уволенного работника:	
Последние 6 цифр # Социального Обеспечения работника:	
Последний день работы (месяц/день/год):	

Имя уволенного работника:	
Последние 6 цифр # Социального Обеспечения работника:	
Последний день работы (месяц/день/год):	

Имя уволенного работника:	
Последние 6 цифр # Социального Обеспечения работника:	
Последний день работы (месяц/день/год):	